

**Ihre Anmeldung:
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Anmeldeformular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Unsere Empfehlung zum Ausfüllen:

- 1** Lesen Sie den Fragebogen zuerst in Ruhe durch.
- 2** Markieren Sie sich die Fragen, die Ihnen unklar sind.
- 3** Beachten Sie, dass es Antworten gibt, die Sie mit Unterlagen ergänzen müssen.
Stellen Sie diese Unterlagen zusammen, bevor Sie die Anmeldung ausfüllen.

Drei Fragen nach dem Ausfüllen der Anmeldung:

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns einfach an.
Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Wir grüssen Sie freundlich.

Anmeldung für Minderjährige

Welche Versicherungsleistungen werden beantragt?

Medizinische Massnahmen, z. B. Geburtsgebrechen

Massnahmen für die berufliche Eingliederung

Hilfsmittel (Prothese, Rollstuhl usw.)

Wenn ja, welche?

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

1. Personalien

> 1.1

Familienname

> 1.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

weiblich

männlich

> 1.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

> 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> 1.5

Besteht Vormundschaft?

ja

nein

Beistandschaft?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

Sitz der Vormundschaftsbehörde

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.

> 1.6

Heimat für Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

> 1.7

Zivilstand

sofern nicht mehr ledig, Datum der Zivilstandsänderung

2. Personalien der Eltern der versicherten Person

Mutter

> 2.1

Familienname (bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

> 2.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

> 2.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

----------------------	----------------------

> 2.4

Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

----------------------	----------------------

Telefonnummer

Mobile

----------------------	----------------------

> 2.5

Heimat für Schweizer Bürgerinnen

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

----------------------	----------------------

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

----------------------	----------------------

> 2.6

Zivilstand

Allfälliges Todesdatum

----------------------	----------------------

Vater

> 2.7

Familienname (bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

> 2.8

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

> 2.9

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

----------------------	----------------------

> 2.10

Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

----------------------	----------------------

Telefonnummer

Mobile

----------------------	----------------------

> **2.11**

Heimat für Schweizer Bürger
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Heimat für ausländische Staatsangehörige
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

> **2.12**

Zivilstand

Allfälliges Todesdatum

> **2.13**

Bei getrennt lebenden Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?
gemeinsam Mutter Vater

Familienname

Vorname

Korrespondenzadresse
Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

3. Angaben über die Ausbildungen/Tätigkeiten der versicherten Person

> **3.1**

Gegenwärtig besuchte Schule
Bezeichnung und Adresse der Schule

Seit wann?

> **3.2**

Früher besuchte Schule
Bezeichnung und Adresse der Schule

Seit wann?

> **3.3**

Befindet sich die versicherte Person in erstmaliger beruflicher Ausbildung oder steht ein Ausbildungsplatz in Aussicht?

ja

nein

Art der Ausbildung

Beginn und Dauer der Ausbildung

Name der Lehrfirma oder Schulanstalt

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> **3.4**

Entstehen durch die Behinderung Mehrkosten für diese Ausbildung?

ja

nein

Genaue Angabe der Mehrkosten im Einzelnen (nähere Begründung unter Ziffer 5.6 angeben)

> **3.5**

War die versicherte Person bereits erwerbstätig?

ja

nein

Art der Erwerbstätigkeit

Adresse der Arbeitgebenden

von wann bis wann

4. Allgemeine Angaben

> **4.1**

Wurde für die versicherte Person bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

ja

nein

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle?

--

> **4.2**

Werden oder wurden schon Leistungen der Invalidenversicherung erbracht?

ja

nein

Wenn ja, welche?

--

> **4.3**

Ist die versicherte Person angemeldet bzw. erhält sie Leistungen von
(z. B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel)
der SUVA?
einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?
der Militärversicherung?

Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur)

--

Referenz (z. B. SUVA-, Unfall-Nummer)

--

> **4.4**

Bei welcher Krankenkasse ist die versicherte Person versichert (Grundversicherung)? Name und Adresse

--

> **4.5**

Welche Behörden oder Institutionen haben sich mit der Behinderung der versicherten Person schon be-
fasst? Name und Ort dieser Stellen (Schulbehörden, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsor-
gestellen, Arbeitsämter, SUVA usw.)

Wann?

5. Angaben über die gesundheitliche Beeinträchtigung

> 5.1

Wurde die gesundheitliche Beeinträchtigung herbeigeführt durch
Geburtsgebrechen? Krankheit? Unfall?

Nähere Angaben über die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

> 5.2

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

> 5.3

Wurde die gesundheitliche Beeinträchtigung ganz oder teilweise durch Einwirkung Dritter (z. B. Autounfall) herbeigeführt?

ja nein

> 5.4

Bei wem steht die versicherte Person derzeit in Behandlung?

Name und Adresse des Hausarztes/der Hausärztin

von _____ bis _____ Für welche Leiden?

--	--	--

Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Fachrichtung

von		bis		Für welche Leiden?

--	--	--

Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Fachrichtung

von _____ bis _____ Für welche Leiden?

--	--	--

> 5.5

Besitzt der/die Versicherte bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)

ja nein

Wenn ja, welche

Seit wann?

--	--

> 5.6

Ergänzende Bemerkungen über die Behinderung und die vorgesehenen Massnahmen

6. Zahlungsverbindung

Bankkonto

Name und Adresse der Bank bzw. Bankfiliale

Bankkonto Nr.

lautend auf (Name/Vorname)

IBAN

Banken-Clearing-Nr.

Postkonto

Postkonto-Nr.

7. Einreichungsstelle für die Anmeldung

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

8. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der gesetzliche Vertreter/die Vertreterin der versicherten Person die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung in Frage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgeber, Institutionen) zu informieren.

9. Mitwirkungspflicht

Es wird von den Beteiligten erwartet, dass alles Zumutbare unternommen wird, um den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.

10. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin der versicherten Person

Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- **Kopien der Versicherungsausweise** der AHV/IV der versicherten Person
- **Kopie eines amtlichen Personalausweises** (z. B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Schriftenempfangschein), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- **Für ausländische Staatsangehörige:** Kopien des Ausländerausweises der versicherten Person sowie der Eltern
- **Gegebenenfalls sind beizulegen:** Kopien von Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehranstalten und Arbeitgebenden, Arztzeugnisse, Bestätigung der Vormundschaftsbehörde, Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Todesschein